Proposition

Assurance contre les erreurs et omissions et assurance responsabilité civile générale des entreprises pour les cliniques médicales/cliniques de médecine douce/praticiens de médecine douce

Les propositions peuvent être soumis par courriel : soumettrepropositions.ca@victorinsurance.com. Courtier soumissionnaire, veuillez remplir ce qui suit pour nous aider à traiter cette soumission :

Nom de votre courtage : _____

Votre nom (ou le nom de la personne-ressource) : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Aux fins d'un renouvellement seulement : Numéro de police : _____ Numéro de client : _____

Le proposant

1. Nom du proposant : _____

   _____

   Dénomination ou raison sociale : _____

   Dans l'éventualité qu'il y aurait plus d'une raison sociale, veuillez indiquer le lien entre chacune d'elles :

   _____

   (Veuillez noter qu'une police d'assurance ne peut être partagée à moins qu'il y ait un intérêt financier.)

2. Qualité juridique : ☐ Individu ☐ Nom collectif ou coentreprise ☐ Société ou autre organisation

3. Adresse du site Web (le cas échéant) : _____

4. Énumérez tous les emplacements :

   Adresse : _____

   _____

5. Date du début des activités (jj/mm/aaaa) : _____

6. Veuillez indiquer les honoraires ou les revenus annuels bruts du proposant générés par les services professionnels de la clinique médicale :

   (a) Perçus l'année précédente : _____ $

   (b) Prévus pour l'année prochaine : _____ $

   (c) S'il s'agit d'une nouvelle entreprise, estimation pour les 12 prochains mois : _____ $

   Il est obligatoire de répondre à cette question.

7. (a) Veuillez indiquer le nombre de visites/consultations/traitements/sessions au cours de l'année dernière :

   _____

   (b) Traitez-vous les mineurs? OUI ☐ NON ☐

   Dans l'affirmative, obtenez-vous le consentement écrit des parents? OUI ☐ NON ☐

8. Tableau des services – Veuillez remplir le tableau ci-joint et indiquer le pourcentage du revenu vis-à-vis chaque service ainsi qu'une liste des honoraires pour les services.

9. Veuillez indiquer la facturation d'honoraires moyenne par patient : _____

© 2023 Gestionnaires d'assurance Victor inc.

10. (a) Veuillez énumérer les médecins, chirurgiens et dentistes de la clinique en précisant leur discipline et en indiquant leur assureur en responsabilité professionnelle :

Nom	Titre professionnel	Assureur en responsabilité professionnelle

Remarque : La présente assurance contre les erreurs et omissions pour les cliniques médicales exclut les services des médecins, chirurgiens et dentistes lorsqu'ils exécutent ou omettent d'exécuter un acte dans le cadre de l'exercice de leur profession.

(b) Veuillez indiquer ci-dessous TOUS les employés non énumérés à la question 10 (a). Au besoin, utilisez une autre feuille.

Nom	Services/Tâches	Compétences/Formation (inclure le nom de l'établissement et préciser s'il est régi par la province)	Années d'expérience

(c) Depuis les cinq dernières années, votre permis a-t-il fait l'objet de restrictions ou de limitations? OUI ☐ NON ☐

Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails :

_____

(d) Un ordre professionnel vous a-t-il déjà imposé des mesures disciplinaires? OUI ☐ NON ☐

Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails :

_____

11. Le proposant offre-t-il ses services ou exerce-t-il ses activités à l'extérieur du Canada ou pour des clients qui sont à l'extérieur du Canada? OUI ☐ NON ☐

Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails complets, pour notre examen et acceptation, et indiquer les services offerts, l'endroit où ils sont fournis ainsi que les honoraires ou les revenus annuels bruts de l'année passée et les prévisions de la prochaine année :

_____

_____

Couverture d'assurance

Si vous êtes assuré chez Victor, ne remplissez pas cette section.

12. (a) Le proposant a-t-il déjà acheté une assurance responsabilité professionnelle ou une assurance contre les erreurs et omissions? OUI ☐ NON ☐

(b) Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous pour les trois dernières années :

Assureur	Période d'assurance	Prime à l'échéance	Limite	Franchise
		$	$	$
		$	$	$
		$	$	$

© 2023 Gestionnaires d'assurance Victor inc.

(c) L'assurance citée en (b) a-t-elle été offerte sur une base de réclamations présentées ou d'événements :

_____

Si elle a été offerte sur la base de réclamations présentées, quelle est la date de rétroactivité (jj/mm/aaaa)?

_____

13. Le proposant a-t-il déjà eu une assurance similaire qui lui a été refusée, annulée ou non renouvelée? OUI ☐ NON ☐

Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails :

_____

Statistiques des sinistres

Si vous êtes assuré chez Victor, ne remplissez pas cette section.

14. (a) Dans le passé, le proposant ou l'un de ses employés ont-ils fait l'objet d'allégation verbale ou écrite de négligence professionnelle? OUI ☐ NON ☐

(b) Le proposant ou l'un de ses employés sont-ils au courant de faits, de circonstances ou de situations pouvant donner lieu à une réclamation, autre que celle mentionnée ci-dessus? OUI ☐ NON ☐

Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails :

_____

Sous réserve de tout autre recours dont dispose les assureurs, il est entendu que, s'il y a connaissance de faits, de circonstances ou de situations pouvant donner lieu à une réclamation ou à une poursuite, ces dernières seront exclues de la couverture visée par la présente assurance.

Limites demandées

15. Par réclamation : _____ $ Par période d'assurance : _____ $ Franchise : _____ $

Veuillez prendre note que l'assurance proposée entrera en vigueur à la date déterminée par les assureurs.

Assurance responsabilité civile générale des entreprises

Ne remplir cette section que si une proposition de tarif est demandée pour cette garantie.

16. Veuillez énumérer les emplacements à partir desquels les activités sont menées, en fournissant les détails demandés ci-après :

Adresse	Locataire ou propriétaire	Superficie (m^2)	Année de construction	Construction (bois, briques, etc.)	Nombre d'étages	Limite demandée pour la responsabilité civile des locataires
						$
						$
						$
						$

Si les emplacements sont détenus en propriété, veuillez en préciser toute autre affectation (le cas échéant) :

_____

17. Veuillez décrire les produits vendus, le cas échéant :

Type de produit	Estimation pour l'exercice en cours

© 2023 Gestionnaires d'assurance Victor inc.

18. Tous les produits de santé naturels sont-ils homologués par la Direction des produits de santé naturels du Canada? OUI ☐ NON ☐

Dans la négative, veuillez fournir des explications complètes :

_____

19. Si des produits sont distribués à l'extérieur du Canada, fournir une ventilation des ventes effectuées au Canada, aux États-Unis et ailleurs (précisez le nom du pays) :

_____

20. Caractéristiques de l'assurance :

(a) Limite(s) de garantie demandée(s) : _____ $

(b) Franchise(s) sur les dommages matériels demandée(s) : _____ $

21. Prolongations :

(a) ☐ Assurance automobile responsabilité des non-propriétaires

Si une assurance automobile responsabilité des non-propriétaires est demandée, veuillez répondre aux questions suivantes :

(i) Veuillez énumérer le nombre d'employés qui utilisent régulièrement leur automobile pour le compte des activités de la société :

_____

(ii) Veuillez indiquer, pour les 12 prochains mois, le nombre approximatif de « jours de location » pendant lesquels vos employés loueront un véhicule (à court terme) dans le cadre de l'exploitation de l'entreprise :

au Canada : _____ aux États-Unis : _____

(b) ☐ Responsabilité civile pour avantages sociaux

(c) ☐ Responsabilité de l'employeur

22. Assurance :

(a) Nom de l'assureur actuel : _____

(b) Période d'assurance : _____

23. Un assureur a-t-il résilié, rejeté ou refusé de renouveler une assurance du type demandé? OUI ☐ NON ☐

Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails :

_____

24. Antécédents de réclamations :

Y a-t-il eu des réclamations en responsabilité ou des réclamations potentielles qui ont été portées à la connaissance du proposant pendant les trois dernières années? OUI ☐ NON ☐

À l'égard de chaque événement, précisez la date du sinistre, la nature et le motif de la réclamation, le montant réclamé, les coûts réellement engagés (enquête sur la réclamation, frais de défense et dommages) ainsi que l'état de la réclamation. Veuillez utiliser des feuillets supplémentaires au besoin.

_____

_____

_____

_____

_____

Consentement du proposant à l'égard de la transmission de l'information figurant dans la proposition

Par les présentes, je reconnais que mon courtier d'assurance obtient l'information fournie dans la proposition afin de la transmettre à Gestionnaires d'assurance Victor inc. dans l'unique but d'obtenir une police d'assurance, et que cette information sera gardée confidentielle.

© 2023 Gestionnaires d'assurance Victor inc.

En outre, j'autorise Gestionnaires d'assurance Victor inc. ainsi que ses assureurs et fournisseurs de services à faire ce qui suit :

- effectuer des vérifications, en faisant appel à des sources extérieures, à l'égard de l'information figurant dans la proposition, dans les documents joints et dans les documents fournis ultérieurement;
- en présence d'une réclamation, transmettre l'information soumise et vérifiée à des bureaux d'experts en sinistres, à des cabinets d'avocats ou à d'autres bureaux similaires, aux fins des enquêtes, de la préparation de la défense, des négociations ou du règlement de la réclamation qui peuvent être nécessaires.

Je comprends que je peux obtenir de plus amples renseignements sur l'Avis de confidentialité de Victor en visitant le site www.assurancevictor.ca.

Déclarations et signature

Le proposant soussigné de la présente assurance déclare qu'à sa connaissance, les déclarations faites aux présentes sont véridiques et exactes, et que des efforts raisonnables ont été déployés afin d'obtenir l'information suffisante dans le but de remplir adéquatement cette proposition d'assurance. Le soussigné convient que, si des changements importants sont découverts dans la situation du proposant entre la date de la présente proposition et la date d'entrée en vigueur de la police, qui feraient en sorte que la présente proposition serait inexacte ou incomplète, un avis écrit indiquant ces changements sera immédiatement donné au gestionnaire d'assurance.

Bien que la signature de la présente proposition n'engage pas le proposant à la souscription de l'assurance, le proposant soussigné convient également que le présent formulaire de même que les renseignements qu'il renferme formeront le fondement du contrat si une police est émise, et que le présent formulaire sera intégré à la police.

_____
Nom du proposant (caractères d'imprimerie)

_____ _____
Signature du proposant Date (jj/mm/aaaa)

© 2023 Gestionnaires d'assurance Victor inc.

Tableau des services

Clinique médicale

☐ Médecine familiale _____ %

Services médicaux

☐ Audiologie _____ %
☐ Chiropratie _____ %
☐ Diététique _____ %
☐ Correction de la vue au laser _____ %
☐ Clinique de fertilité _____ %
☐ Thérapie au laser _____ %
☐ Laboratoire _____ %
☐ Naturopathie _____ %
☐ Services d'infirmière _____ %
☐ Ergothérapie _____ %
☐ Optométrie _____ %
☐ Ostéopathie _____ %
☐ Services de soutien à la personne _____ %
☐ Pharmacie _____ %
☐ Physiothérapie _____ %
☐ Orthèses-prothèses _____ %
☐ Psychothérapie _____ %
☐ Radiologie _____ %
☐ Réadaptation _____ %
☐ Échographie _____ %
☐ Orthophonie _____ %
☐ Autre : _____ _____ %

Médecine douce

☐ Acupuncture _____ %
☐ Digitopuncture _____ %
☐ Technique Alexander _____ %
☐ Aromathérapie _____ %
☐ Ayurveda _____ %
☐ Essences de Bach _____ %
☐ Enveloppements corporels _____ %
☐ Botox _____ %
☐ Collagène _____ %
☐ Thérapie par les couleurs _____ %
☐ Irrigation du côlon _____ %
☐ Thérapie crânio-sacrale _____ %
☐ Thérapie par les cristaux _____ %
☐ Counseling/psychothérapie _____ %
☐ Cônage d'oreille _____ %
☐ Électrolyse _____ %
☐ Guérisseur/Reiki _____ %
☐ Herboristerie _____ %
☐ Homéopathie _____ %
☐ Iridologie _____ %
☐ Kinésiologie _____ %
☐ Épilation au laser _____ %
☐ Toucher thérapeutique _____ %
☐ Massothérapeute (autorisé) _____ %
☐ Microdermabrasion/Peeling _____ %
☐ Musicothérapie _____ %
☐ Naturopathe _____ %
☐ Nutritionniste _____ %
☐ Ostéopathie _____ %
☐ Dépigmentation _____ %
☐ Radionique _____ %
☐ Réflexologie _____ %
☐ Injections de Restylane _____ %
☐ Rolfing _____ %
☐ Shiatsu _____ %
☐ Excision d'excroissances cutanées/grains de beauté _____ %
☐ Traitement de varicosités _____ %
☐ Autre : _____ _____ %

Offrez-vous d'autres services que ceux-ci-dessus? OUI ☐ NON ☐

Dans l'affirmative, veuillez les énumérer :

_____

_____

Veuillez indiquer le pourcentage des services gynécologiques donnés à la clinique par rapport à l'ensemble des autres services médicaux :

(a) gynécologie sans chirurgie _____ %

(b) gynécologie avec chirurgie, à l'exclusion des avortements _____ %

(c) gynécologie avec chirurgie, y compris les avortements _____ %

Le proposant emploie-t-il des aiguilles à utilisation unique? OUI ☐ NON ☐

Dans la négative, veuillez fournir des détails des procédures de stérilisation :

_____

_____

© 2023 Gestionnaires d'assurance Victor inc.